

# Patientsäkerhetsberättelse 2023

## Individ- och arbetsmarknadsnämnden



2024-02-13

Ansvarig för innehållet: Jennie Marklund, Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Diarienummer IAN-2024-00037-3

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Grundläggande förutsättningar för säker vård</b> .....	<b>6</b>
<b>4 Agera för säker vård</b> .....	<b>12</b>
<b>5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år</b> .....	<b>18</b>

### Bilagor

*Bilaga 1: IAN-2024-00037-3 Egenkontroller patientsäkerhet IAN 2023*

*Bilaga 2: IAN-2024-00037-3 Patientsäkerhetsberättelse 2023 Tjänsteskrivelse*



# 1 Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Ansvarig för innehållet är Jennie Marklund, Verksamhetschef Hälso- och sjukvård, Missbruk och psykisk ohälsa, Diarienummer IAN-2024-00037-3



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024."

## 2 Sammanfattning

2023 infördes de mål och aktiviteter som identifierats som viktiga i patientsäkerhetsarbetet i verksamhetens verksamhetsplan. Särskilt fokus har legat på att öka kunskaperna om hälso- och sjukvårdsuppdraget hos medarbetarna, tydliggöra ombudsroller samt på läkemedelshanteringen. Det kvalitetsarbete som påbörjades under 2023 har fortsatt och nya aktiviteter har genomförts för att förbättra patientsäkerheten. Ett arbete har påbörjats i de identifierade utvecklingsområdena där vi kommit olika långt. I början av året genomfördes en omfattande lex-Sarah utredning på ett av våra boenden där verksamheten till slut genomförde en omorganisation och införde krav på viss kompetens hos personalen för att de brister som sågs skulle avhjälpas. Många av dessa brister röde just hälso- och sjukvårdsuppdraget. Samverkan med regionen har varit och kommer fortsätta vara en mycket stor utmaning där vi både ser framsteg och upplever nya hinder. Förhoppningsvis kommer den nya samverkansstrukturen i HälSam att gynna ett bättre samverkansklimat där patienten kommer i fokus. En översyn av läkarmedverkan har inletts där även socialpsykiatrins boenden kommer omfattas.

### Resultat som uppnått under 2023

Implementering av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt och de teamträffar som infördes 2022 har utvecklats med att förtydliga syftet av träffarna. På några av boendena har systematiken kring dokumentationen förbättrats vid teamträffarna. Rutin för dokumentation av vilka patienter som dragits och vilka åtgärder som ska vidtas och i vilket journalsystem det dokumenteras har implementerats. Beroende på åtgärd och vem som är ansvarig har dokumentation skett i antingen HSL-journal eller SoL-journal. Rutinen har medfört en bättre struktur och förtydligat vem som gör vad så det nya arbetssättet ska implementeras på alla boenden. Ser lite olika ut för övriga boenden beroende på vad som blir fokus på teamträffarna.

För att förbättra kunskaperna om patientsäkerhet och hälso- och sjukvårdens ledningssystem hos medarbetarna har HSL- dagar där MAS/MAR (Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Medicinskt ansvarig sjuksköterska rehabilitering) varit med och utbildat personalen om vad HSL-uppdraget innebär genomförts på de flesta boenden. Delegeringsutbildning har genomförts enligt rutin.

Patientsäkerhetsarbetet har kvalitetssäkrats på såväl ledningsnivå som enhetsnivåer genom regelbundna möten och analys av patientsäkerheten. Hur den politiska nämnden engageras i arbetet bedöms kunna förbättrats och ske mer löpande under året tex genom besök från MAS/MAR på nämnden.

Arbetet inom HälSam (Samverkan mellan länets kommuner och Region Västernorrland) har pågått under 2023 och en ny lokal samverkansgrupp har satts samman där Sundsvalls kommun kommer samverka med regionen enskilt. Representanter från såväl IAF som VOF kommer ingå i samverkansgruppen tillsammans med regionen. Det första mötet kommer genomföras i början av 2024. Målet är att skapa sömlösa övergångar mellan vårdgivarna och minska undvikbar slutenvård

Lokal arbetsgrupp schizofreni vid förstagångsinsjuknande har satts samman där en sjuksköterska från socialpsykiatri och samordnare psykisk ohälsa kommer medverka. Regionen är sammankallande.


Under 2023 har en rutin för intern samverkan med Vård- och omsorgsförvaltningen beslutats i nämnden. En workshop med Vård- och omsorgsförvaltningen har också genomförts för att förbättra intern samverkan som ett led i att utveckla arbetet med SIP, (Samordnad individuell plan). För att ha en hög patientsäkerhet behöver socialtjänsten och de två förvaltningarna ha en god intern samverkan. På så sätt tydliggörs hur socialtjänsten stöttar individen vid en SIP med regionen.

Rutin för avvikelser behöver färdigställas och ett arbete har påbörjats med detta samt att se över verksamhetssystemet. Utbildning har tagits fram och kommer påbörjas under 2024.

Läkarmedverkan har fortsatt vara en utmaning och har inte säkrats i alla enheter. Ett länsövergripande arbete

har påbörjats där man ser över tidigare avtal om läkarmedverkan. Via HälSam Vuxna har kommunerna lyft in att även socialpsykiatri och LSS ska omfattas av avtalet. Sundsvalls kommun är representerad via MAS.

### ***Viktigt att jobba vidare med 2024***

- Patientsäkerhetsarbetet ska förbättras genom att förbättra och strukturera egenkontrollen på samtliga enheter. Detta arbete kommer ske under verksamhetens kvalitetsvecka i slutet av året.
  - Patientsäkerhetsarbetet ska förbättras genom att införa tertialuppföljning. På ledningsnivå kommer analysverkstad att bokas för övergripande analys av patientsäkerhetsarbetet och därmed utökas från 1 ggr/år till 3 ggr/år.
  - Vi vill öka engagemanget och delaktigheten i patientsäkerhetsarbetet för ansvarig nämnd. Ansvarig vårdgivare kommer erbjudas mer löpande information om arbetet i samband med tertialuppföljning för att öka insynen i patientsäkerhetsarbetet.
  - Utvecklingsarbetet rörande SIP kommer fortsätta under 2024 för att öka kvalitén i patientsäkerhetsarbetet och förbättra samverkan med regionen.
  - Arbetet med avvikelser fortsätter och utbildning kommer påbörjas under 2024. Det behöver även tas fram pedagogiska manualer för både chef och medarbetare samt att återkoppling behöver säkerställas.
- 

## 3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

*En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.*



#### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

##### *Övergripande mål och strategier*

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

##### **Mål**

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att ge en god och säker vård.

All verksamhet som bedrivs inom ramen för Sundsvalls kommuns hälso- och sjukvård ska vara kvalitetssäkrad och säkerställa att den sker med hög patientsäkerhet och evidensbaserad praktik (vetenskaplig och beprövad erfarenhet). En god vård betyder också att vi ska vara professionella, effektiva och tillgängliga för såväl de som behöver våra insatser som för övriga aktörer som vi ska samverka med.

Hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs inom hemsjukvård, särskilda boenden/bostad med särskild service och dagverksamheter. Hälso- och sjukvårdsinsatserna bedrivs i kompetensområdena upp till legitimerad arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast distriktssköterska och sjuksköterska. Region Västernorrland ansvarar för läkarinsatser i kommunens hälso- och sjukvård.

Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen har ca 80 individer som bor i bostad med särskild service som ska tillgodose en god och säker vård.

##### **Strategier**

Med utgångspunkt i en tillitsbaserad styrning och ledning låta patienterna/brukarnas behov vara vägledande i utvecklingsarbetet. Samverkan runt individen där olika professioner möts för att tillsammans identifiera och skapa nödvändiga insatser. Patientsäkerheten ska stärkas med daglig kommunikation, kännedom om individer, gemensam planering av insatser och med ett närvarande och engagerat ledarskap. Arbetet ska följas upp genom egenkontroll.

- Avvikelsehanteringen är till stöd i kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Målet är att minska vårdskador och risken för vårdskador. All personal inom Hälso- och sjukvård – inkluderat medarbetare som utför hälso- och sjukvårdsinsatser är skyldiga att rapportera risker och skador. Syftet är att minimera konsekvenser av mänskliga felhandlingar och skapa en god säkerhetskultur där vi med stöd av avvikelser utvecklar lärandet.
- Alla som kommer i kontakt med kommunens hälso- och sjukvård ska ha möjlighet att lämna förslag, synpunkter och klagomål på verksamheten. Det kan ske via Patientnämnden (PEN) i Region Västernorrland som kommunen är ansluten till, eller direkt till kommunen – exv. via Sundsvall.se. ”Klagomål på kommunens Hälso- och sjukvård”. Målet är att det ska vara lätt att kunna lämna synpunkter och klagomål kring hälso- och sjukvården. Klagomål som lämnas via brev, e-post eller telefonsamtal ska också registreras i klagomålsmodulen och skrivs då av den som mottar klagomålet. Den som lämnat synpunkt eller klagomål ska får svar skyndsamt.
- I Individ- och Arbetsmarknadsförvaltningen används två kvalitetsregister, som också utgör verktyg i det systematiska säkerhetsarbetet;

Senior alert – identifiera personer och åtgärda risker kring fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion (inkontinens). Verktøget har implementerats vid vårt boende för äldre. Samtliga egenkontroller har genomförts.

Svenska Palliativregistret – beskriver hur sista tiden i livet var hos personer som fått vård av kommunen i syfte att utveckla kvaliteten. Används vid ett boende och ska implementeras på alla.

Målet är att se över om fler boenden har användningen av senior alert och återföra resultat till medarbetarna närmast den enskilde. Följsamhet till arbetet i dessa verktyg bidrar starkast till det systematiska patientsäkerhetsarbetet i kombination med följsamhet till avvikelshantering och händelseanalyser.

- Spridning av goda exempel och arbetssätt sker genom att HSL-ledningsgrupp.

### 3.1.2 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen är vårdgivare för hälso- och sjukvården med ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård tillgodoses.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en verksamhetschef och medicinskt ansvarig sköterska (MAS) för hälso- och sjukvården inom förvaltningens verksamhetsområde för att tillgodose kommunal hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen 2017:13

Nämnden är vårdgivare. Verksamhetschef för Missbruk och Psykisk ohälsa har även verksamhetschefansvar för Hälso- och sjukvården inom Individ- och Arbetsmarknadsförvaltningen. MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) är anställd i både Individ- och Arbetsmarknadsförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen.

#### Verksamhetschefens ansvar

Inom hälso- och sjukvården har verksamhetschef övergripande ansvar för verksamheten. Det innebär bland annat att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården



tillgodoses.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

I uppdraget och ansvaret i sitt yrkesutövande ska MAS säkerställa att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen PDL 2008:355
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen PSL 2010:659 och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS/MAR i Sundsvalls kommun har delegation av vårdgivaren att ansvara för anmälan om lex Maria.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

En god samverkan mellan Sundsvalls kommuns medarbetare och ledning med andra närliggande organisationer är av vikt och förekommer varje dag. Det kan vara allt från samverkan runt en enskild vårdtagare när en Samordnad Individuell Plan (SIP) ska tas fram till samverkan mellan förvaltningens högsta ledning och Region Västernorrlands hälso- och sjukvårdsdirektör

Länets kommuner har en beslutad samverkansorganisation på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsområdet:

- HälSam– samverkan på politisk nivå mellan länets kommuner och regionen.
- Länsledning – Förvaltningschefer i kommuner och områdesdirektörer i regionen med ansvarar för processerna och följa upp utvecklingen av samverkan utifrån prioriterade strategiska områden
- Länsamordningsgrupper - Tre strategiska grupper, barn, vuxna och äldre. Arbetar på uppdrag av länsledningen inom respektive grupp med det långsiktiga arbetet, ta fram samverkansprojekt, tillsätta arbetsgrupper och styrgrupper, följa upp överenskommelser etc.
- Lokal samverkan - Lokal samverkan organiseras i varje kommun för de tre strategiska områdena barn, vuxna och äldre. Den lokala samverkan säkerställer samordning och samarbete i enlighet med intentionerna i överenskommelser.

Sundsvalls kommuns MAS och MAR deltar dessutom i länsamverkan regelbundet med övriga kommuners motsvarighet.

För att identifiera brister finns rutiner mellan kommun och region Västernorrland där huvudmännen hjälps åt att uppmärksamma brister hos vårdgrannen. Rutinen heter ”Avvikelser i Vårdkedjan” finns via en digital hanteringsmodul och rutin där medarbetare dokumenterar brister som sedan skickas till den enhet i regionen som är berörd – så den kan svara och besluta om förebyggande åtgärder så verksamheten kan utvecklas.

Samverkan mellan kommunen och vård-/hälsocentraler är en viktig del av patientsäkerheten. Teamarbetet mellan kommunens legitimerade sjuksköterskor och läkarna regleras i lokala överenskommelser kring läkarmedverkan och utgår från ett länsövergripande avtal. Avtalet fungerar inte tillfredsställande för patienterna inom Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen och endast i ett boende finns en regelbunden läkarmedverkan som fungerar väl, det är socialpsykiatriens äldreboende. Det förekommer också att kommunens hälso- och sjukvård tar uppdrag direkt från specialistvården. Ett arbete har påbörjats för att



säkerställa läkarmedverkan där verksamheten via länssamordningsgrupp och MAS länssamverkan kunnat säkerställa att socialpsykiatrien kommer omfattas av den överenskommelse som nu tas fram.

Sundsvalls kommun och Region Västernorrland har i ett gemensamt projekt arbetat med att ta fram en överenskommelse om samarbete i frågor om personer med psykiska funktionsnedsättning som regleras i 16 kap 3§ HSL. Arbetet med denna slutfördes under 2023 och kommer lämnas till Hälso- och sjukvårdsförvaltningsstyrelsen för beslut.

### Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

För att säkerställa att rätt medarbetare har tillgång till rätt persondata och värna sekretess och integritet finns rutiner kring loggkontroller. Kontrollerna sker slumpvis och enligt fastställd rutin och återkoppling ska ske till närmaste chef.

Verksamhetsområdet Missbruk och Psykisk ohälsa har under 2023 slutfört den en basutbildning som tagits fram för medarbetarna inom socialpsykiatrien där ett block avser dokumentation. Samtliga medarbetare har erbjudits utbildningen och under våren 2024 kommer alla att ha genomgått basutbildningen.

Under 2023 har ingen generell journalgranskning genomförts.

## 3.2 En god säkerhetskultur

*En god säkerhetskultur En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.*



Individ- och Arbetsmarknadsförvaltningen strävar efter att vara en lärande organisation. Riskanalys genomförs vid varje ny inflyttning och löpande vid behov. Ansvaret för att matcha patienten till rätt boende har flyttats till verkställigheten och numer medverkar även sjuksköterskan. Teamträffar på varje boende underlättar och ger möjlighet till en gemensam tvärprofessionell bedömning med fokus på såväl hälso- och sjukvårdsuppdraget som omsorgsuppdraget. Det är ett forum, nära patienten, där identifierade risker kan lyftas och åtgärdas. Ledningsgruppen för Hälso- och sjukvård har löpande träffar en gång i månaden hela året med uppehåll under semesterperioden. Där medverkar verksamhetschef, enhetschefer, MAS/MAR så goda förutsättningar finns för att skapa en gemensam säkerhetskultur och att enhetschefer både får stöd från MAS/MAR och verksamhetschef men också kollegialt stöd mellan varandra.

Inom Individ- och Arbetsmarknadsförvaltningen finns ett stort utvecklingsbehov och ett implementeringsbehov när det gäller händelseanalys och avvikelser. Under många år har socialpsykiatrien varit en del av, den betydligt större, hälso- och sjukvårdsorganisationen runt äldre. Problem, risker och utvecklingsbehov har inte synliggjorts på samma sätt som nu. Under 2023 har det systematiska arbetet

utvecklats men det återstår att få ett systematiskt arbete på alla nivåer runt patienten. Målet är att stötta verksamheter att komma i gång och använda kvalitetsregister och förbättra avvikelserapporteringen samt att resultat återkopplas på varje enhet för att väcka intresse och förstå varför det är viktigt. Det är ett fortgående arbete där nya aktiviteter tagits fram för 2024.

### 3.3 Adekvat kunskap och kompetens

*En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.*



Våra sjuksköterskor har hög kompetens och har hittat en gemensam struktur för hur de arbetar. Då arbetsgruppen är fulltalig syns de i boendena varje dag. Ett utvecklingsarbete behövs för att skapa regelbunden närvaro av sjuksköterska vid rapport.

Förståelse för vad patientsäkerhet är behöver förbättras. Den basutbildning som tagits fram behöver kompletteras med ett block som avser hälso- och sjukvård, sjuksköterskorna kommer färdigställa denna under våren 2024. Sjuksköterskorna har fått utbildning i sitt ansvar för delegering. Alla nyanställda genomgår också utbildning innan man får delegation, detta genomförs i samverkan med Vård- och omsorgsförvaltningen. Utbildning i såromläggning har genomförts. SSK planerar att ta fram ett material och att utbilda personal löpande under olika områden tex såromläggning, munvård, hygien.

Verksamheten har två utbildare i AOSP (Akut Omhändertagande Suicidal Person) som har erbjudit utbildning löpande. Samtliga medarbetare kommer erbjudas att gå denna utbildning. Via kommunförbundet erbjuds utbildning i samsjuklighet av beroende och psykisk sjukdom. Under våren 2024 lanseras också yrkesresan för utförare som arbetar med personer med olika funktionsvariationer. Det är en nationell utbildningssatsning där Sundsvalls kommun valt att vara med.

### 3.4 Patienten som medskapare

*En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.*



2018 genomfördes en omfattande brukarundersökning inom verksamheterna i socialpsykiatri som legat till grund för en del förändringar. Bland annat genomfördes planeringsdagar tillsammans med de boende för att lyfta deras önskemål. Myndighetsutövning har genomfört såväl individuell uppföljning samt enkät för att klargöra brukarnas uppfattning av insatsen. Brukarna har också varit delaktiga i vardagen på boendet tex genom att vara med och bestämma aktiviteter, matsedel och liknande. Det har också genomförts enstaka husmöten där patienterna varit med och planerat vad som ska göras i verksamheten. Ett boende har beslutat att sätta upp en idélåda. Målsättningen är att alla boenden ska ha husmöten eller på annat sätt göra patienterna delaktiga i planeringen.

Genom anhörigcenter erbjuder nämnden stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning. Syftet är att minska den fysiska och psykiska påfrestningen som det innebär och genom stödet minskar risken för ohälsa. Genom att stödja anhöriga så stärks även individens självständighet och integritet.

## 4 Agera för säker vård

### 4.1 Egenkontroll

#### Egen kontroller

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

*Egenkontroll används på både lokal nivå av enhetschefer och legitimerad personal i verksamheten och på aggregerad nivå. Vissa punkter kräver en stor arbetsinsats av både personal och chefer, som räkning av samtliga läkemedel en viss vecka. Bäst är om vardaglig dokumentation kan ligga till grund för resultat och statistik som kan beskriva verksamhetens kvalitet.*

Tabell. Egenkontrollpunkter inom hälso- och sjukvården (ansvar Enhetschef)

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Ansvarig
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Svenska HALT	Sjuksköterska genomför, lämnar rapport till enhetschef
Basala hygienrutiner och klädregler enligt årshjul	12 gånger per år	HoS Personalwebb, protokoll	Enhetschef med hjälp av hygienombud.
Hygienronder	Var 4:e år i boenden	Protokoll	MAS och vårdhygien genomför och enhetschef bokar
Patientsäkerhetskonferens	1 gång per år	Minnesanteckningar, deltagare	MAS och MAR ansvarar för dessa
Avvikelser	Statistik delges varje månad	Avvikelsehanteringssystemet Flexite	Enhetschef återkopplar till medarbetare en gång per månad och till verksamhetschef tre gånger per år. En gång per år ska det göras en övergripande analys för hela verksamhetsområdet.
Trycksår	1 gång per år Löpande	Svenska HALT, Senior alert <sup>1</sup> , Flexite	Sjuksköterska genomför, lämnar rapport till enhetschef
Fall	Löpande	Senior alert, Flexite	Sjuksköterska genomför, lämnar rapport till enhetschef
Munhälsa	Löpande	Senior alert och uppsökande mun och tandvården	Sjuksköterska genomför, lämnar rapport till enhetschef
Nutrition	Löpande	Senior alert, Flexite	Sjuksköterska genomför, lämnar rapport till enhetschef
Blåsdysfunktion	Löpande	Senior alert, Beställningssystemet Guide hos leverantör OneMed	Sjuksköterska genomför, lämnar rapport till enhetschef
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande, rapport	Patientnämnd Etisk nämnd, IVO, Flexite Klagomålsmodul (MAS)	Verksamhetschef är ansvarig. Enhetschef ansvarar att ta emot klagomål/synpunkter och föra dessa till rätt ställe
Kvalitetsgranskning, akutläkemedelsförråd	1 gång per år, slumpvis utvalda verksamheter	Protokoll extern granskning av upphandlad part. (MAS)	MAS bokar in och enhetschef deltar och vidta ev. åtgärder
Nulägesmätning, olämpliga läkemedel till äldre över 65 år	1 gång per år	Resultatsammanställning och analys (MAS)	Regionen ansvarar och kommunen utför och sammanställer

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att stödja verksamheten i förebyggande arbete.

[www.senioralert.se](http://www.senioralert.se)

Egenkontroll har genomförts enligt plan rörande Senior alert på det boende där det implementerats. Det saknas hygienombud på flera av våra boenden. Ett arbete pågår kring ombudsroller där beslut tagits om vilka roller som ska finnas, nu håller verksamheten på att ta fram vilka uppdragsbeskrivningar som finns. Arbetet med basala hygienrutiner är ett utvecklingsområde, våra boenden har gjort egenkontroll 1-2 ggr/år. Det har inte genomförts några hygienronder på länge p g a Covid. De arbetsplatser som har stora avvikelser i hygienarbetet kan via MAS få en hygienrund gjort av Vårdhygien. Avvikelse har återkopplats på APT men finns fortfarande med som ett utvecklingsarbete. Under 2024 kommer aggregerad analys av avvikelser att genomföras vid tre tillfällen i samband med delårsanalyser. Verksamheten har inte tagit emot några klagomål eller synpunkter under 2023. Kvalitetsgranskning av akutläkemedelsförråd är genomförd. Läkemedelskommittén har inte återkopplat till oss än om årets resultat. Verksamheten har även infört en kvalitetsvecka där fokus kommer läggas på just egenkontroll.

## 4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §  
*Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.*



Senior Alert är implementerat i den verksamhet som har många äldre. I verksamheten uppmärksammades brister kring nutrition under sommaren 2023 vilket, i kombination med avvikelser från förväntat kvalitet, har medfört stora förändringar i verksamheten där kompetenskraven på personalen höjts. I viss utsträckning används Svenska palliativa registret, någon analys har inte genomförts 2023.

## 4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer



Ledningssystemet för Hälso- och sjukvård i Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen är ett ramdokument med länkar som beskriver roller, ansvar, organisation och regelverk. Ledningssystemet är publicerat på

hälso- och sjukvårdens Personalwebb [www.sundsvall.se/hos-personalwebb](http://www.sundsvall.se/hos-personalwebb) lätt åtkomlig för alla medarbetare. Det uppdateras löpande av tex MAS/MAR.

Kopplat till ledningssystemet anpassas alla hälso- och sjukvårdens riktlinjer successivt med sakfrågespecifika ledningssystem som mer på detaljnivå beskriver vad olika funktioner förväntas utföra för ansvar. Ofta är riktlinjer kompletterade med olika vägledningar till hjälp inför beslut på den lokala nivån.

Det kvarstår brister i såväl dokumentation på HSL-rapportblad till sjuksköterska som läsning av instruktioner från sjuksköterska. I rapportbladet skrivs inte heller vilket effekt ordinationen från sjuksköterskan fått vilket gör att medicinering eller annan vård inte kan följas upp och om önskat effekt uppnåtts. Utbildningsinsatser har getts men ett implementeringsarbete kvarstår. Vid HSL ledningsgrupp planeras för en gemensam genomgång av hela ledningssystemet och dess stöd på detaljnivå så att varje enhetschef sedan kan gå igenom med medarbetarna. Utbildning för enhetschefer kommer erbjudas löpande. Verksamhetens sjuksköterskor har fått i uppdrag att ta fram ett HSL-block till basutbildningen, arbetet beräknas vara klart våren 2024.

## 4.4 Säker vård här och nu

*Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.*



En av de största patientsäkerhetsriskerna uppstår i samband med att den enskilde byter vårdnivå, till sjukhus eller hem från sjukhus. Det pratas om risker i vårdens övergångar. I Sundsvall har vi fortsatt uppdraget att säkerställa att ingen patient blir kvar på sjukhus då vården där är avslutad. För att nå resultat krävs följande:

- Ingen person ska behöva vara kvar på sjukhus då personen är utskrivningsklar
- Fortsatt satsning på undvikbar slutenvård
- Att fortsatt arbeta proaktivt och påbörja planering för mottagande i hemmet samma dag en individ åker till sjukhus
- Successivt öka antalet digitala rapporter istället för rapport via papper när en individ skickas till sjukhus och kommunens medarbetare är inblandade

För att uppnå och upprätthålla en god basal hygien och rutiner för arbetskläder är behovet av aktivt arbete med vårdhygieniska frågor nödvändiga att prioritera. Arbetet tydliggörs genom:

- Rutiner och riktlinjer (HoS Personalwebb)
- Egenkontroll – årshjul, hygienronder, självskattningar, tvätt rutiner
- Vårdhygien Region Västernorrland - Planering med MAS/ MAR
- Fortlöpande utbildning och information
- Konsultation av Vårdhygien RVN för handledning vid smitta



Sundsvalls kommun har samarbete med Region Västernorrlands enhet för Vårdhygien. Till grund för samverkan ligger ett samverkansavtal där kommunen köper specialistkompetens inom vårdhygien från Region Västernorrland. Verksamheten avropar löpande dessa tjänster.

### **Riskhantering**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

*Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.*

#### *Avvikelsesystemet Flexite*

I avvikelssystemet Flexite kan alla avvikelser analyseras. Följsamheten till detta behöver utvecklas. Förvaltningens verksamhetsutvecklare har fått i uppdrag att ta fram en övergripande rutin för avvikelshantering. Enhetschefer och verksamhetschef har fått visning av Flexite samt grundläggande genomgång av avvikelser, bakgrunden till detta och behovet för att säkerställa en god patientsäkerhet. Under 2024 kommer utbildning av medarbetare att påbörjas.

#### *Risakanalyser*

På HSL ledningsgrupp kommer vi att göra övergripande risakanalyser på aggregerad nivå i samband med tertialrapporter och årsrapport för att identifiera systembrister kring exempelvis läkemedelshantering, vårdrelaterade infektioner m.fl. Riskanalys ska även genomföras inför organisationsförändringar i verksamheten och exempelvis inför sommar och andra ledighetstider där belastning i relation till tillgång av medarbetare som har semester kan påverka verksamheten negativt.

## **4.5 Stärka analys, lärande och utveckling**

*Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso-och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.*



När allvarliga händelser inträffar ska händelseanalys genomföras enligt fastställd rutin. Händelseanalysen kan ta sin utgångspunkt från olika källor som; avvikelser, klagomål från enskild eller närstående, Patientnämnden och från Inspektionen för vård och omsorg, IVO men även journalgranskningar. Utredning genomförs enligt Lex Maria. 2023 har journalgranskning genomförts vid ett boende utifrån en anmälan om missförhållanden. Utifrån tidigare identifierade brister har en utbildningssatsning påbörjats. Under 2022-2023 har de allra flesta medarbetare genomgått basutbildning bland annat rörande dokumentation. Utbildningen kommer ske löpande



och alla medarbetare kommer erbjudas varje block. Yrkesresan, som är en nationell utbildning som implementeras i olika steg där området barn och unga var först ut, kommer under våren lansera utbildning för utförare som möter människor med funktionsnedsättning. Denna kommer ge såväl en bas som mer specifik utbildning utifrån olika funktionsnedsättningar.

Händelseanalys är ett teamarbete som normalt leds av enhetschef i verksamheten med stöd av MAS/MAR/Verksamhetschef. Målet är att ta reda på vad som skett, identifiera förebyggande åtgärder och sedan implementera dem samt följa upp att de har avsedd effekt. Allvarliga händelser bedöms av MAS/MAR om de ska anmälas till IVO enligt lex Maria.

Det är också viktigt att goda exempel sprids i verksamheten där HSL-ledningsgrupp blir en viktig knutpunkt.




### 4.5.1 Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Antalet avvikelser ökar inom de flesta områden och totalt 2023. De allra flesta avvikelser rör läkemedelshantering. Ökningen av antalet avvikelser kan tolkas som en positiv förbättring. Det kan visa på att verksamheten arbetar för en säkrare vård där man ser avvikelser som en möjlighet att aktivt arbeta för att utveckla och förbättra verksamheten. Det visar en ökad medvetenhet och engagemang i förbättringsarbetet.

Verksamheten har under året vidtagit en rad åtgärder utifrån de avvikelser som rapporterats ;

- Vi tar upp avvikelser som en punkt på varje APT
- Vi har köpt in medicinskåp till två verksamheter
- I en verksamhet har läkemedels rond genomförts
- I en verksamhet har tillsyn av läkemedelsförråd skett
- Köpt in journalvagnar till de ställen där det tidigare inte funnits
- Alla verksamheter har aktuella Lokala läkemedelsförfordningar
- I en verksamhet har vi ett avtal med Läkarmedverkan
- Alla verksamheter har Teamträff där chef, medarbetare och SSK träffas varje vecka.

Avvikelser	2020	2021	2022	2023	
Läkemedel	62	47	45	85	
Fall	0	3	4	7	
Fall utan skada	1	4	9	9	
Annat, ej patientbundet	0	2	10	3	
Annat	18	21	0	22	
Trycksår	0	0	0	0	
Rehab (ny från 2016)	0	0	0	0	

## 4.5.2 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

*Vårdgivaren ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.*

Hantering där de som vill framföra klagomål eller synpunkter kan göra detta digitalt via kommunens hemsida. Om det inkommer ärenden som inte berör kommunens hälso- och sjukvård återkopplas detta till den som lämnat ärendet och hänvisas till rätt instans.

Ärenden kan komma via IVO[1] som avvisats där. Det kan bero på att IVO anser att det inte rör sig om en allvarlig skada eller risk för allvarlig skada och att vårdgivaren inte fått möjlighet att bemöta klagomålet/synpunkten. IVO skickar då ärendet vidare till vårdgivaren och meddelar den klagande att så skett. Klagomål och synpunkter som kommer via IVO hanteras på samma sätt som om det inkommit direkt till kommunen, utreds och besvaras.

Sundsvalls kommun är även ansluten till Region Västernorrlands Patientnämnd Etiska nämnden. Om ett klagomål eller synpunkt inkommer till Patientnämnden Etiska nämnden skickas detta vidare till kommunen för utredning och svar. Kommunen utreder och svarar både den enskilde och Patientnämnden Etiska nämnden.

Samtliga inkomna ärenden utreds och analyseras av Metod- och kvalitetssamordnare. Under 2023 har inga klagomål inkommit rörande hälso- och sjukvård.

## 4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

*Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.*



Är det några lärdomar vi dragit från pandemin så är det vikten av beredskap. Inom Individ- och Arbetsmarknadsförvaltningen har vi identifierat ett antal områden där det behöver finnas riskmedveten och beredskap och där åtgärder vidtagits.

- Skyddsutrustning. Varje verksamhet/Enhet är ansvarig ha tillräckligt med skyddsutrustning. Vid behov delar man med sig till en enhet som fått ett utökat behov i avvaktan på leverans av ny utrustning.
- Bemanning. Ett team för ökad grundbemanning har inrättats för att verksamheten skall ha tillsvidareanställda vikarier. Detta bedöms medföra en ökad trygghet i bemanningsfrågan och minskar risker.

- Vårdhygien. Ett årshjul för enhetschefer har tagits fram för att säkerställa att vårdhygiensarbeten bedrivs systematiskt. Detta bedöms minska risken för smittspridning.

En kontinuitetsplan har upprättats och risker identifierats inom flera områden där åtgärder planerats. Vissa av åtgärderna har genomförts men inte samtliga. Arbetet med kontinuitetsplanen behöver också fortsätta med fokus på civil beredskap vilket kommer ske under 2024.

- Tillgängliga verksamhetssystem.
- Elförsörjning
- Vattenförsörjning
- Transport
- Matförsörjning

## 5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

### Struktur och systematik

*För att kunna åstadkomma goda resultat behöver varje verksamhet ordning och reda i sina grundläggande strukturer.*

För hälso- och sjukvård finns ett kvalitetsledningssystem och ett arbete har påbörjats för att skapa en struktur men det behöver färdigställas och det systematiska arbetet ske över tid. Det kvarstår både behov av utbildning och implementering. Målet för kommande år är att skapa goda förutsättningar för ett fortsatt systematiskt kvalitetsarbete genom att;

- Skriftlig handlingsplan för patientsäkerhet tas fram med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen för att kvalitetssäkra patientsäkerhetsarbetet. Uppdraget tydliggörs och kan implementeras.
- Rutin för avvikelser färdigställs och utbildning i avvikelser genomförs.
- Översyn av rutiner genomförs. Roller och ansvar tydliggörs.
- Analyser kommer genomföras vid delårsanalyser.
- Särskilt fokus på egenkontroll i samband med kvalitetsveckan.

### Avvikelse

Arbetet med avvikelser kommer prioriteras under 2024 och utbildning av personal kommer påbörjas. Vi ser att antalet avvikelser har ökat under 2023 vilket är positivt men fortfarande är antalet avvikelser lågt trots att vi vet att avvikelser sker. En ökad medvetenhet och ett ökat engagemang från ledning där återkoppling ges och aggregerade analyser genomförs och används i vårt utvecklingsarbete framåt är framgångsfaktorer som ska systematiseras under 2024. En utmaning är verksamhetssystemet för avvikelser då detta inte är användarvänligt, försvårar analys och det är svårt att få ut data. En arbetsgrupp ser tillsammans med Vård- och omsorgsförvaltningen över hur Flexite kan förbättras. Bland annat kommer förvaltningarna separeras så att de kan välja egna rubriker och kopplingar mellan olika enheter och chefsledet förbättras.

### Kompetens

Målet är att Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen skall vara en attraktiv arbetsplats där man känner sig trygg, kunnig och engagerad. Kommunen behöver attrahera fler men också behålla den kompetens som finns. För att lyckas med detta har vi infört ett nytt arbetssätt för våra sjuksköterskor som skapar en tryggare arbetsmiljö så att vi får behålla kunnig och engagerad personal.

Det finns också behov av kunskapsutveckling för annan personal och den basutbildning som tagits fram behöver kompletteras med ett block som rör Hälso- och sjukvård. Undersköterskor behöver få fortbildning så de har aktuell kunskap och känner sig trygga med sina arbetsuppgifter tex såromläggning och provtagning (venprov). Det är inte hållbart att detta utförs av sjuksköterskorna.

Under 2022-2023 har det pågått ett titulaturprojekt där man sett över kompetens för samtlig personal kopplat till nya titlar och kompetenskrav. Under hösten 2023 erbjöds personal som saknade tillräcklig kompetens och behövde komplettera sin utbildning med enstaka kurser utbildning via arbetsgivaren på vuxenutbildningen. Inte alla som erbjöds genomförde utbildningen. Även medarbetare som helt saknade utbildning erbjöds att ta del av kursen psykiatri 1 vilket några medarbetare tackade ja till.

Verksamheten kommer se över hur vi på olika sätt kan stödja personal som saknar utbildning att erhålla denna, en tanke är något som liknar äldreomsorgslyftet.

### **Samverkan med regionen**

I dagsläget saknas helt läkarmedverkan med regionen i 4 av boenden. Det bedöms vara av stor vikt att läkarmedverkan säkras för att kunna tillgodose våra patienter en god och jämlik vård. Då avtalet för läkarmedverkan ska ses över i regionen har verksamheten genom länssamordningsgruppen Vuxna samt MAS nätverket kunnat försäkra sig om att socialpsykiatrin kommer ingå i det nya avtal som tecknas.